

Article

« Impact du moment du dévoilement d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers sur certains aspects affectifs et relationnels des victimes adultes »

Christiane Khouzam, André Marchand et Stéphane Guay

Santé mentale au Québec, vol. 32, n° 1, 2007, p. 115-136.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/016512ar>

DOI: 10.7202/016512ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca



Impact du moment du dévoilement d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers sur certains aspects affectifs et relationnels des victimes adultes

Christiane Khouzam *

André Marchand **

Stéphane Guay ***

L'objectif de cette étude consiste à évaluer si, pour la victime d'une agression sexuelle, le moment (précoce ou tardif) du dévoilement d'une agression a un impact sur certains aspects affectifs et relationnels à deux moments distincts, soit au début de l'évaluation et quatre mois plus tard. Toutes les victimes (N = 27) sont en relation de couple. L'agression sexuelle est survenue entre un mois et sept ans avant la première rencontre d'évaluation clinique, et 26 % des victimes présentent un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Toutes les participantes disent avoir reçu davantage de soutien émotionnel lors du deuxième moment d'évaluation de l'étude. De plus, les victimes dont le dévoilement se fait précocement présentent, avec le temps, davantage de symptômes dépressifs.

Être une femme adulte victime d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers connu ou inconnu et être en relation de couple provoque des bouleversements importants tant au niveau personnel que relationnel. Il semble que l'agression sexuelle à l'âge adulte place la victime qui vit en couple face à une situation d'ambivalence quant au dévoilement de l'événement. Selon Ullman (1996b), les victimes commencent à s'interroger sur la pertinence de dévoiler l'événement à leur entourage dans les heures qui suivent l'agression. La majorité des victimes qui ont un partenaire hésitent à lui parler de l'événement parce qu'elles craignent de perturber l'équilibre de la relation, voire même d'en provoquer

* Candidate au Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

** Ph.D., professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

*** Ph.D., chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin.

Remerciements

Les auteurs remercient France Gilbert pour la relecture attentive de cet article.

La rémunération des participantes a été possible grâce à un fonds de recherche de l'UQAM octroyé au deuxième auteur.

la fin (Ahrens, 2002). La simple évocation de la possibilité de dévoiler l'événement au conjoint peut être une source d'angoisse (Goodman et al., 1993). Bon nombre de victimes craignent d'être tenues responsables et blâmées pour l'agression. Il est donc clair que les anticipations liées aux conséquences du dévoilement ne sont pas toujours positives (Ahrens, 2002 ; McAuslan, 1998 ; Ullman, 1996b).

Certaines études indiquent que les réactions du conjoint à la suite du dévoilement de l'agression sont parmi les facteurs qui peuvent influencer négativement l'état psychologique de la victime en provoquant une recrudescence des symptômes psychologiques, la perception d'un pauvre soutien allant jusqu'à son absence, des interactions négatives, un rétablissement plus lent et la détérioration de la satisfaction conjugale du couple (Miller et al., 1982 ; Moss et al., 1990). Paradoxalement, nous savons que la qualité et la stabilité de la relation affective, la fréquence et la qualité d'un soutien adéquat sont des facteurs favorisant un meilleur rétablissement (Herman, 1992 ; Lakey et Cohen, 2000).

Dévoilement, TSPT et symptômes dépressifs

La nature intrusive de l'agression sexuelle semble causer un haut niveau de détresse psychologique (Ullman et Filipas, 2001) dont l'apparition d'une symptomatologie d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Ullman, 1996b ; Ullman et Brecklin, 2003 ; Ullman et Filipas, 2001 ; Ullman et Siegel, 1993). En dépit de la diminution générale des symptômes de TSPT dans les trois mois suivant l'agression, plus du tiers des victimes d'agression sexuelle répondent aux critères d'un TSPT chronique, même si elles présentent une légère amélioration de leur condition durant le premier mois (Valentiner et al., 1996). Lorsque le TSPT apparaît, les réactions négatives du conjoint ont un impact sur le maintien du trouble ou la recrudescence des symptômes, et ce, peu importe le moment où le dévoilement est effectué (Ullman, 1996c ; Ullman et Filipas, 2001).

En plus des nombreux symptômes liés au TSPT, une des manifestations les plus couramment observées chez les victimes d'agression sexuelle est la présence de symptômes dépressifs (Valentiner et al., 1996). Rappelons que les individus dépressifs ont tendance à attribuer des intentions négatives aux comportements des proches, et leurs symptômes dépressifs peuvent causer des conflits interpersonnels qui risquent de provoquer la chronicité de leur état (Guay et al., 2002). Chez certaines victimes d'agression sexuelle avec un TSPT, la sévérité des symptômes dépressifs est en corrélation positive avec le nombre d'interactions négatives qu'entretiennent les victimes avec divers personnes de

leur entourage et avec les critiques négatives de leurs proches (Zoellner et al., 1999).

Dévoilement, peur de l'intimité et satisfaction sexuelle

L'aspect sexuel de l'agression affecte non seulement l'intégrité physique et psychologique de la victime, mais également son aptitude à vivre une relation d'intimité (Thelen et al., 1998) et à ressentir de la satisfaction sexuelle. Par exemple, l'étude menée par Thelen et al. (1998) sur la peur de l'intimité chez les victimes d'agression sexuelle qui ont, ou n'ont pas dévoilé l'événement, indique que l'expérience d'agression provoque chez ces femmes un inconfort en ce qui a trait à toute forme de relations d'intimité. Les victimes ont davantage de difficulté à faire confiance aux autres, ont peur de s'abandonner et vivent de l'inconfort à l'égard de toute tentative de rapprochement. De plus, elles craignent de communiquer à leur entourage leur expérience d'agression. Il semble aussi que l'intimité soit associée positivement à la satisfaction sexuelle (Prager, 1995 ; Rubenstein et Shaver, 1982). L'étude de Feldman-Summers et al. (1979) sur l'impact de l'agression sexuelle sur la satisfaction sexuelle indique que cette dernière décline considérablement après l'événement. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant évalué la peur de l'intimité et la satisfaction sexuelle en lien avec le moment du dévoilement.

Dévoilement, réactions et soutien social

Pour les victimes, dévoiler la nature d'une agression sexuelle est un moyen de mobiliser le soutien social espéré (McAuslan, 1998). Cependant, certaines croyances négatives entourant les causes d'un tel événement peuvent faire en sorte que son dévoilement est susceptible d'entraîner des réactions négatives chez le conjoint (Davis et Brickman 1996 ; Ullman, 1996c). Inversement, d'autres perceptions peuvent favoriser des comportements de soutien positifs (Ahrens, 2002 ; Campbell et al., 2001 ; Ullman et Filipas, 2001). Les études de Miller et al. (1982), de Moss et al. (1990) et de Thornhill et Thornhill (1990) sur l'impact de l'agression sexuelle sur les proches, indiquent que les victimes qui vivent en couple ont des attentes élevées quant au soutien qu'elles aimeraient recevoir de la part de leur conjoint. En retour, ces attentes peuvent entraîner des difficultés relationnelles, des difficultés d'adaptation et même une recrudescence de la détresse psychologique chez la victime (Holmtrom et Burgess, 1979 ; Brookings et al., 1994 ; Ullman, 1996c). Cela explique peut-être que les conjoints seraient les derniers informés de l'agression (Davis et al., 1991 ; Davis et Brickman, 1996 ; Ullman, 1996c).

Toutefois, les résultats d'une étude de Campbell et al. (2001) indiquent que les victimes n'ont pas une vision uniforme de ce qui peut être qualifié de réactions sociales positives versus négatives. La perception de l'impact du soutien semble varier selon l'attitude de la personne à qui la demande de soutien est adressée. De même, l'interprétation des réactions d'autrui varie selon les attentes de la victime à l'égard du type de soutien qu'elle s'attend à recevoir de l'autre. Une même réaction peut être jugée aidante pour certaines et blessante pour d'autres (Campbell et al., 2001 ; Ullman, 1996c). Il semble donc important de bien évaluer les perceptions des victimes vis-à-vis des réactions à la fois positives et négatives de la part du conjoint puisqu'elles peuvent être liées de façon indépendante aux symptômes de TSPT.

Dévoilement et satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale est surtout liée à la capacité de « s'autorévéler » (self disclosure), aspect le plus important de la relation du couple qui fait référence à l'expression émotionnelle et à la communication verbale. Elle est aussi liée à la satisfaction sexuelle et à l'estime de soi (Norton, 1995 ; Salamon, 1993). De plus, la persistance des symptômes individuels, la constance dans les conflits et les interactions négatives peuvent conduire à l'érosion de la communication, à l'apparition de sentiments d'impuissance et de détresse, ce qui peut induire un sentiment d'être à nouveau agressée et provoquer ainsi la recrudescence des symptômes de TSPT (Moss et al., 1990 ; Parrot, 1991 ; Symond, 1980 ; Ullman et Filipas, 2001). Selon Miller et al. (1982), sur l'ensemble des problèmes identifiés chez les couples ayant participé à l'une de ses études, l'interruption dans le processus de communication du couple est la conséquence la plus dommageable de l'agression sexuelle.

Moment de dévoilement

Le moment du dévoilement d'une agression sexuelle à son conjoint, qu'il soit précoce ou tardif, peut avoir un impact sur sa disposition à offrir du soutien à la victime. D'autre part, la détresse qu'entraîne généralement une agression sexuelle peut avoir un impact sur la décision de dévoiler ou non l'événement et, le cas échéant, sur le moment du dévoilement (Ahrens, 2002). Celles qui évitent d'être en contact avec les pensées et les émotions liées à l'événement éprouveront plus de difficultés à dévoiler l'événement et, conséquemment, le feront plus tardivement (Ullman, 1999b). Le temps que prend la victime pour

dévoiler l'événement est un facteur prédicteur de son rétablissement (Ullman, 1996bc; McAuslan, 1998; Campbell et al., 2001). Celles qui dévoilent l'agression immédiatement après ou dans les jours suivants (dévoilement précoce) reçoivent généralement un meilleur soutien que celles qui la dévoilent plusieurs semaines ou plusieurs années après (dévoilement tardif) (Ullman, 1996bc; McAuslan, 1998; Campbell et al., 2001). Selon le modèle étiologique du TSPT de Joseph et al., (1997), moins une victime se confie à ses proches, moins elle assimile l'événement et plus elle est susceptible de développer un TSPT.

Synthèse

Il semble qu'un événement non prévisible tel qu'une agression sexuelle a des effets complexes sur la relation conjugale et la qualité du soutien. L'impact du moment de dévoilement (précoce ou tardif), sur les variables individuelles telles la présence de symptômes dépressifs et de TSPT et les variables relationnelles telles la peur de l'intimité, la satisfaction sexuelle, les réactions sociales, le soutien social et la satisfaction conjugale, n'a jamais été évalué. Enfin, il n'existe pas d'étude qui ait évalué les effets à long terme du moment du dévoilement sur les variables relationnelles.

Objectifs de l'étude

Cette étude tente d'évaluer l'impact du moment du dévoilement de l'agression sexuelle sur le fonctionnement psychologique et conjugal de victimes d'une agression sexuelle. Une question de recherche est mise de l'avant : 1) Vérifier s'il existe une différence entre le dévoilement précoce ou tardif de l'agression sexuelle des victimes quant à un ensemble de facteurs soit : les symptômes dépressifs et de TSPT, la peur de l'intimité, la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien, les réactions sociales, la satisfaction sexuelle et la satisfaction conjugale. Cette différence, si elle existe, persiste-t-elle dans le temps ?

Méthodologie

Recrutement des participantes

Les victimes d'une agression sexuelle ont été recrutées dans trois milieux distincts : (1) à l'Urgence de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, centre désigné pour accueillir les victimes d'agression sexuelle francophones de l'Île de Montréal (n = 16); (2) auprès de la population générale à l'aide d'annonces dans les médias (n = 10); (3) auprès de

l'organisme Fondation pleins pouvoirs, organisme de formation en prévention de la violence, confiance en soi et autodéfense ($n = 2$). Lors du premier contact téléphonique avec l'expérimentatrice, une entrevue de présélection a été effectuée afin de s'assurer que les participantes pressenties répondaient aux critères d'inclusion. Les critères sont les suivants : la victime est un adulte âgé d'au moins 18 ans qui vit une relation conjugale avec un conjoint depuis au moins trois mois. L'agression a été subie à l'âge adulte. Elle a été perpétrée par un tiers connu ou inconnu de la victime et du conjoint. L'agression s'est produite au moins un mois avant la première rencontre d'évaluation de la présente étude.

Vingt-huit femmes victimes d'agression par un tiers ($n = 27$), de milieux socio-économiques divers ont été retenues. Les données d'une des participantes ont été exclues de l'étude parce que son nombre d'années de vie commune (26 ans) dépassait largement celui des autres participantes et diminuait l'homogénéité de l'échantillon. Une explication brève de la procédure incluant le cadre et l'orientation du projet de recherche, ainsi que la confidentialité des informations recueillies dans l'étude, a été fournie aux participantes sélectionnées. Un rendez-vous à l'université du Québec à Montréal leur a alors été fixé pour les rencontres. La durée de chaque rencontre a été précisée, soit deux heures pour la première (évaluation clinique et passation des questionnaires) et de 30 à 40 minutes pour la seconde (quatre mois après la première), et enfin l'offre monétaire relative à la participation au processus d'évaluation a été présentée.

Échantillon cible

L'échantillon final était composé de Québécoises et caucasiennes. Afin de comparer l'équivalence des participantes relativement au statut civil et au revenu, des tests t pour échantillons indépendants et des tests non paramétriques Khi-carré ont été utilisés. Les résultats indiquent que les deux conditions du moment de dévoilement (précoce ou tardif) ne diffèrent pas de façon significative en ce qui concerne les cinq variables sociodémographiques. L'âge moyen des victimes de l'étude était de 29 ans : 70 % d'entre elles ayant entre 19 et 31 ans alors que 30 % avaient entre 36 et 44 ans. Trente-sept pour cent détenaient un diplôme d'études secondaires et 63 % un diplôme d'études supérieures. Soixante-dix pour cent avaient un revenu personnel se situant entre 5 000\$ et 30 000\$. Soixante-cinq pour cent des victimes de l'étude étaient en relation récente (entre trois mois et trois ans) avec leur conjoint alors que 34 % étaient mariées ou en union de fait depuis trois à 7 ans.

Instruments

Le mode d'évaluation a été réalisé de deux manières distinctes : d'une part, à partir d'une entrevue clinique structurée afin d'évaluer la présence d'un TSPT présent et passé chez les conjoints et, d'autre part, à partir de questionnaires auto-rapportés afin de mesurer les autres variables à l'étude. Tous les instruments de mesures de la présente étude possèdent de bonnes qualités psychométriques et ont été validés en français.

L'Entrevue clinique structurée est la version française du *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)* (version DSM- IV) qui sert à évaluer les symptômes actuels et à établir le diagnostic d'un TSPT.

L'*Échelle Modifiée des Symptômes Traumatiques (EMST)*, traduction et adaptation québécoise du *Modified PTSD Symptoms Scale* (Falsetti et al., 1993) par Stephenson et al. (1995), est un instrument de mesure auto-administré permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des symptômes du TSPT, selon les critères du DSM-IV. Cet instrument contient 34 items répartis également dans les sous-échelles Fréquence et Sévérité. La sévérité du trouble est évaluée selon une échelle d'intensité de cinq points allant de « pas du tout perturbant » à « extrêmement perturbant ». Quant à la fréquence, elle est évaluée sur une échelle d'intensité de quatre points allant de « pas du tout » à « presque toujours ».

L'*Inventaire de dépression de Beck (IDB)* est la version française du *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1979). Ce questionnaire mesure la présence et l'intensité de 21 symptômes de dépression.

Le *Questionnaire sur la nature de l'agression* élaboré par Khouzam (1995) est inspiré du *Questionnaire des caractéristiques de l'agression* de Brillon (1995), et des statistiques annuelles de la Table de concertation de Montréal en matière de crimes à caractère sexuel. Ce questionnaire de 24 items à choix multiples évalue la nature de la violence interpersonnelle, les circonstances entourant le dévoilement, le moment du dévoilement, la présence de violence de la part du conjoint et enfin, sur la prise en charge et le suivi médical et psychologique.

Le *Questionnaire de la peur de l'intimité (Fear of Intimacy Scale, FIS)* (Descutner et Thelen, 1991) évalue la peur de l'intimité chez les hommes et les femmes. Cette échelle a été traduite et adaptée par Khouzam et al. (1999). Ce questionnaire de 35 items évalue les sentiments vécus par une personne lors de relations intimes.

L'*Évaluation de la Satisfaction Sexuelle* est un questionnaire composé de 25 items et a été développé par Hudson et al., (1981). Le point

de coupure de ce questionnaire a été établi à 33. Plus ce nombre est élevé, plus l'insatisfaction sexuelle est grande. Ce point de coupure sert de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Échelle d'Ajustement Conjugal (Wright et Sabourin, 1985) est la version française du *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959) qui est l'un des instruments de mesure de la satisfaction conjugale les plus utilisés. Il porte sur les principales sources d'accord et de désaccord à l'intérieur du couple. Il contient 15 énoncés et une structure factorielle unique.

Le questionnaire de la *Connaissance d'un soutien adéquat et du Comportement de Soutien Social* (*Social Support Knowledge and Social Support Behavior*) a été développé par Johnson et al. (1993). Cet instrument à deux échelles a été traduit et adapté par Khouzam et Ouimet (2000). La section consacrée à la connaissance d'un soutien adéquat comprend 17 items, dont neuf items positifs et huit items négatifs, qui mesurent la dichotomie entre la connaissance que peut avoir un individu des attitudes qui aident ou non une personne en détresse. La section sur le comportement de soutien comprend 14 items qui évaluent sur une échelle en cinq points, si le comportement de soutien offert correspond à la connaissance du soutien. Pour chaque questionnaire, une version a été adaptée pour chacun des partenaires. Par exemple, une attitude négative dans la version pour la victime telle « Il vous passe le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne le faut » a sa contrepartie dans la version du conjoint : « Vous lui passez le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne le faut ».

Le *Questionnaire des Réactions Sociales* (*Social Reactions Questionnaire*) a été développé par Ullman (2000) et traduit en français par Khouzam et al. (2000). Sur une échelle de cinq points, ce questionnaire est composé de 48 items qui évaluent auprès des victimes d'agression sexuelle une variété de réactions sociales positives et négatives exprimées à l'entourage à la suite du dévoilement de leur agression. Sept types de réactions sociales ont été identifiés dont deux types de réactions positives : 1) l'aide tangible et l'information aidante ; et 2) le soutien émotionnel ; cinq types de réactions négatives : 1) prendre le contrôle des décisions de la victime ; 2) la blâmer ; 3) la traiter différemment (stigmatiser ses réponses) ; 4) la distraire (par exemple : en lui disant de prendre sa vie en main) ; et 5) avoir un comportement égocentrique (la nature du soutien est orientée davantage vers ses propres besoins plutôt que vers les besoins de la victime). Pour chaque membre du couple, une version du questionnaire a été adaptée. Par

exemple, un soutien émotionnel dans le questionnaire des victimes tel « Il vous a dit que ce n'était pas de votre faute » a sa contrepartie dans le questionnaire du conjoint « Vous lui avez dit que ce n'était pas de sa faute ».

Procédure d'évaluation

Lors de la première rencontre, la chercheuse s'est présentée à la participante et lui a fourni des explications concernant les objectifs de l'étude, lui a lu le formulaire de consentement et s'est assurée de sa compréhension du contenu avant d'obtenir sa signature. En plus de l'évaluation clinique à l'aide du SCID, la chercheuse a complété le questionnaire des données sociodémographiques ainsi que celui contenant des informations concernant la nature de l'agression. À la suite de cette première étape, les participantes ont eu à remplir sur place les questionnaires auto-administrés.

À la fin des deux premières étapes d'évaluation (temps 1), un rendez-vous a été fixé pour la prochaine rencontre (temps 2), soit quatre mois plus tard afin d'évaluer à nouveau l'état des victimes et de répondre aux mêmes questionnaires auto-administrés. Au terme du processus d'évaluation, une brève rencontre a permis aux participantes de parler de l'impact de leur participation. Certaines victimes ont obtenu des références pour des thérapies individuelles ou de couple. La chercheuse leur a alors remis une rétribution de 100 \$ pour leur participation.

Devis de recherche

Le protocole utilisé est un plan factoriel mixte combiné 2 x 2 à deux groupes indépendants et à mesures répétées sur la dernière variable. Les deux variables indépendantes sont le moment du dévoilement (précoce ou tardif) et le moment de mesure (lors de la première évaluation et quatre mois plus tard). Les moments de mesure ont été déterminés en fonction des critères du DSM-IV qui permettent de diagnostiquer la présence d'un TSPT aigu, soit d'un mois à trois mois après l'événement traumatique, et d'un TSPT chronique plus de trois mois après l'événement traumatique. Par conséquent, un des critères d'inclusion est que l'événement traumatique se soit produit au moins un mois avant la première rencontre d'évaluation. Afin de tenir compte des études sur le temps de rétablissement et de son lien avec l'atténuation des symptômes du TSPT, dans la présente étude, les victimes seront réévaluées quatre mois après la première rencontre afin de mesurer l'impact à long terme des aspects négatifs et positifs des variables à l'étude.

Pour les fins de l'étude, les moments du dévoilement ont été déterminés en ne prenant pas en considération le fait que le conjoint soit présent ou non dans la vie de la victime lorsque l'agression sexuelle est survenue. Le dévoilement précoce se définit comme étant (a) un dévoilement qui survient moins d'une semaine après l'événement ou (b) un dévoilement qui survient dans le contexte de la première semaine de fréquentation d'un nouveau conjoint ($n = 17$). Le dévoilement tardif se définit comme étant le dévoilement de l'événement survenant plus d'un mois après sa survenue ($n = 10$).

Résultats

Analyses préliminaires

Le tableau 1 présente les informations sur la nature de l'agression sexuelle en fonction du moment du dévoilement. Chez 35 % des participantes, l'agression sexuelle est récente (un mois avant la première entrevue d'évaluation), alors que dans 65 % des cas, l'agression sexuelle est survenue de six mois à sept ans avant l'entrevue d'évaluation. La majorité des victimes de notre échantillon ont vécu une agression sexuelle complète avec menaces verbales. Lors de l'entrevue clinique, 26 % des victimes présentent des symptômes cliniques de TSPT, dont quatre présentent un TSPT aigu et trois un TSPT chronique. Soixante-quatorze pour cent des victimes ont porté plainte à la police. Quarante-vingt-un pour cent des participantes recevaient ou avaient reçu un traitement thérapeutique au moment de la première rencontre d'évaluation clinique.

En lien avec le moment du dévoilement, le tableau 1 indique que 59 % des conjoints étaient dans la vie de la victime au moment de l'événement traumatique. Que le conjoint ait été ou non dans la vie de la victime au moment de l'événement, le taux de dévoilement précoce est de 63 %, et il est de 37 % pour le dévoilement tardif. Lorsqu'on évalue le lien entre le moment du dévoilement et la participation ou non du conjoint, on constate que 67 % des victimes dont les conjoints ont participé au processus d'évaluation ont informé ce dernier dans les deux à trois jours suivant l'événement ; les autres le feront plus de six mois à sept ans après. Parmi les conjoints qui étaient présents dans la vie de la victime au moment de l'événement, 33 % ont été la première personne informée de l'agression. Afin de comparer l'équivalence des participantes, en ce qui a trait à chacune des deux conditions que sont le dévoilement précoce et tardif, des tests statistiques ont été utilisés ainsi que des tests non paramétriques dont le Chi-carré pour les cinq variables. Les résultats indiquent que les deux conditions ne diffèrent pas de façon

significative en ce qui concerne quatre des variables identifiées dans le tableau 1. Il y a une différence ($p = 0.048$) pour l'item « premières personnes informées » ce qui signifie que pour le dévoilement tardif, les victimes ont dévoilé l'événement exclusivement à une personne de l'entourage plutôt qu'au conjoint.

Tableau 1
**Informations sur la nature de l'agression des victimes
en fonction du moment du dévoilement**

Nature de l'agression	Condition d'évaluation		<i>p</i>
	Dévoilement précoce	Dévoilement tardif	
Victimes	N = 17	N = 10	
Type d'agression			
Par connaissance	59 %	70 %	.15
Par étranger	41 %	30 %	
TSPT			
Présence	24 %	30 %	.80
Présence du conjoint			
Première relation	71 %	40 %	.12
Deuxième relation	29 %	60 %	
Déclaration à la police	82 %	60 %	.20
Premières personnes informées			
Entourage (père, mère, amie)	47 %	100 %	
Conjoints			.005
	53 %	0 %	

Note: Temps de dévoilement: précoce = immédiatement à 1 semaine; tardif = 1 mois à 7 ans

P = Test exact de Fisher.

Analyse des résultats

Afin d'évaluer l'impact des moments de dévoilement (précoce ou tardif) concernant les réponses des victimes mesurées par les variables dépendantes, une ANOVA à mesures répétées (2 groupes [précoce ou tardif] X 2 temps de mesure) permet de vérifier s'il y a des différences significatives entre les deux groupes et ce en fonction du passage du temps. Le seuil de signification a été établi à $p < 0.05$ (voir Tableau 2).

Les résultats obtenus ne permettent pas d'observer de différence significative entre les groupes sur les variables dépendantes.

Tableau 2
Scores moyens et écarts types des victimes
selon le moment de dévoilement au temps 1 et au temps 2

Variables	Dévoilement précoce				Dévoilement tardif				<i>p</i>
	Temps 1		Temps 2		Temps 1		Temps 2		
EMST	51.58	(19.35)	47.12	(20.11)	51.10	(15.60)	47.20	(21.11)	
QPI	88.82	(20.25)	87.12	(21.91)	94.60	(17.44)	92.10	(19.95)	
QCS	12.53	(1.91)	11.88	(2.67)	12.60	(2.41)	13.50	(1.43)	
CS	3.94	(7.60)	3.82	(7.83)	-.20	(10.41)	.30	(9.48)	
EAC	88.18	(27.53)	85.06	(31.04)	78.90	(32.33)	71.20	(35.28)	
ESS	35.00	(20.47)	38.06	(24.88)	44.90	(18.42)	39.90	(21.89)	
IDB	19.94	(11.40)	21.29	(11.70)	23.80	(11.17)	15.60	(8.66)	***
SRQ									
blâme	1.44	(.74)	1.27	(.95)	1.70	(.81)	2.02	(1.56)	
égocentrisme	.95	(.51)	1.26	(.72)	.83	(.58)	1.02	(.55)	**
distraktion	1.25	(.61)	1.39	(.66)	1.20	(.89)	1.92	(.96)	
contrôle	.99	(.61)	1.21	(.75)	.92	(.97)	1.03	(.91)	
stigmatisation	.74	(.79)	.90	(1.00)	1.00	(1.18)	1.11	(1.29)	
aide tangible	2.08	(1.00)	2.05	(1.04)	1.25	(.76)	1.54	(1.03)	
Soutien									
émotionnel	.99	(.61)	2.38	(1.21)	.92	(.97)	1.93	(1.21)	**

Note : dévoilement précoce N = 17 victimes ; dévoilement tardif N = 10 victimes

$p < 0,05$. * = effet groupe, ** = effet temps, *** = effet d'interaction ;

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité PI ;

QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat ;

CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; EAC = Satisfaction conjugale ; ESS = Satisfaction

sexuelle ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous-échelles négatives Réaction Sociale blâme ;

égocentrisme ; distraktion ; contrôle ; stigmatisation ; sous-échelles positives Réaction sociale aide tangible ;

soutien émotionnel]

IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression légère = 10-18 dépression modérée = 19-29

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, l'ANOVA à mesures répétées permet d'obtenir certains résultats significatifs, soit un effet temps pour la sous-échelle négative égocentrisme du conjoint et la sous-échelle positive (soutien émotionnel) du questionnaire des réactions sociales. Les victimes des deux groupes perçoivent davantage de comportements d'égocentrisme de la part du conjoint avec le passage du temps $F(1,25) = 6.52, p = .017$. De plus, les victimes des deux groupes mentionnent recevoir plus de soutien émotionnel avec le passage du temps [$F(1, 25) = 14.43, p = 0.0008$]. Enfin, le passage du temps permet d'obtenir un

effet d'interaction concernant les symptômes dépressifs. Les victimes dont le dévoilement est précoce présentent davantage de symptômes avec le temps, alors que les victimes dont le dévoilement est tardif présentent moins de symptômes au temps 2 [$F(1,25) = 4.26, p = 0.050$].

De façon tout à fait exploratoire, nous analysons également s'il existe une différence d'impact entre les victimes dont le conjoint participe au processus d'évaluation, et les victimes dont le conjoint ne participe pas au processus d'évaluation en fonction des réponses liées aux victimes. Le cas échéant, cette différence persiste-t-elle dans le temps ?

Analyse des résultats

Une ANOVA à mesures répétées (2 groupes [avec la participation, sans la participation] X 2 temps de mesures) permet de vérifier s'il y a une différence entre les deux groupes.

Les résultats indiquent un effet groupe tous temps confondus concernant la peur de l'intimité. Les victimes dont le conjoint ne participe pas au processus d'évaluation obtiennent, d'une part, des cotes plus élevées de peur de l'intimité que les victimes dont le conjoint participe au processus d'évaluation [$F(1, 25) = 5.47, p = 0.03$], et, d'autre part, moins d'aide tangible que celles dont les conjoints participent [$F(1, 25) = 5.72, p = 0.03$].

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, l'ANOVA à mesures répétées révèle un effet du temps pour la sous-échelle négative «égocentrisme» et la sous-échelle positive «soutien émotionnel» du questionnaire des réactions sociales. Les victimes des deux groupes notent un comportement égocentrique de la part du conjoint qui augmente au temps 2 [$F(1, 25) = 7.50, p = 0.01$]. De plus, les victimes des deux groupes disent recevoir plus de soutien émotionnel avec le temps [$F(1, 25) = 16.12, p = 0.005$].

Discussion

Dans la présente étude, les victimes dont le dévoilement est précoce ou tardif vivent sensiblement les mêmes niveaux de réactions psychosociales positives et négatives. Par exemple, le passage du temps a permis de constater que les victimes constatent une augmentation de la perception d'égocentrisme du conjoint et du soutien émotionnel avec le temps. De plus, les victimes dont le dévoilement est précoce présentent, avec le temps, davantage de symptômes dépressifs que les victimes dont le dévoilement est tardif. Les femmes victimes d'une agression sexuelle ont donc à gérer non seulement leurs propres réactions face à cette agression et ses conséquences, mais elles doivent aussi subir

les réactions émotives des conjoints et certaines d'entre elles doivent en plus composer avec l'attitude non soutenante de leur conjoint (Shimp, 2000).

En ce qui a trait à l'augmentation du soutien émotionnel avec le temps, nos résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Sales et al. (1984) qui notent l'impact favorable du soutien émotionnel chez les victimes d'agression sexuelle avec le temps. Par contre, nos résultats n'appuient pas ceux de Miller et al. (1982) ni ceux de Golding et al. (2002) qui notent un soutien émotionnel faible de la part des conjoints. Toutefois, davantage que les moments de dévoilement, comme le soulignent Ulman et Filipas (2001), le simple fait de parler abondamment de l'événement avec plusieurs personnes semble lié à davantage de réactions sociales positives, et peut se révéler particulièrement thérapeutique pour les victimes.

Toutes les victimes rapportent une hausse significative de l'attitude « égocentrique » de la part du conjoint. Ces données appuient les résultats de l'étude de Davis et al. (1991), mais pas ceux de Ulman (2000). Selon Ulman, ces comportements dits égocentriques de l'entourage, incluant les conjoints, sont rapportés plus fréquemment par les victimes dites récentes. Ces comportements sont perçus par les victimes comme étant, d'une part, orientés davantage vers leurs propres intérêts et, d'autre part, comme ne répondant pas à leurs besoins personnels à elles. Cette évaluation est le résultat d'une perception subjective de la part des victimes, et pourrait témoigner d'un manque de communication entre les membres du couple et/ou d'un manque d'empathie de la part de la victime face aux réactions émotives de son conjoint (Moss et al., 1990). Par exemple, lorsque les conjoints demandent davantage de détails sur l'agression, ceci pourrait être perçu par les victimes comme un moyen de satisfaire leur curiosité, et être vécu comme de l'insensibilité blessante et humiliante (Ulman, 2000). L'auteur reconnaît toutefois la faiblesse de cette sous-échelle puisqu'elle peut comporter une large part de subjectivité de la part des répondantes.

D'un point de vue relationnel, il est important d'être prudent dans nos conclusions quant aux effets nuisibles des interactions et leurs effets sur l'état des victimes. Ces effets peuvent, selon Fannery (1990), se produire de façon tout à fait involontaire alors que les deux parties sont bien intentionnées. La perception individuelle de soi et de l'autre, l'état émotionnel comme la présence de symptômes dépressifs peuvent influencer l'interprétation des comportements émis et reçus. De plus, les échanges peuvent aussi échouer si les deux membres du couple ne partagent les mêmes valeurs, ni les mêmes objectifs. Enfin, il se peut

que le conjoint ne sache pas comment apaiser, soutenir sa partenaire ou il peut être dépassé par la situation.

Il n'existe pas d'étude ayant évalué les effets à long terme des réactions sociales négatives. Des évaluations effectuées de façon longitudinale permettraient d'observer de façon plus juste l'impact des moments du dévoilement sur les différentes variables à l'étude, de même que l'impact du passage du temps.

Il existe très peu de ressources pour sensibiliser la victime et les personnes significatives de son entourage sur les conséquences de l'événement, et sur la façon d'agir pour l'aider à s'en sortir. Il est donc important d'intervenir auprès des victimes en leur demandant de bien identifier la ou les personnes qu'elles considèrent les plus en mesure d'être réceptives au dévoilement de l'événement. De plus, face à l'évidence des réactions sociales négatives à la suite du dévoilement, il serait important de prévenir les victimes de l'éventualité de réactions négatives de la part de l'entourage, et de leur suggérer d'éviter ces réactions lorsqu'elles tentent de recevoir du soutien (Campbell et al., 2001 ; McAuslan, 1998 ; Ulman, 1996b). Il serait également bon d'offrir à la victime de rencontrer le conjoint le plus rapidement possible pour lui permettre de verbaliser sur l'impact de l'agression, et de le sensibiliser sur les réactions liées aux réactions de stress aigu (Ahrens, 2002).

En plus d'offrir des ressources pour les victimes, il est fortement recommandé de mettre sur pied des interventions thérapeutiques de couple ou individuelles impliquant l'intégration du conjoint dans le processus thérapeutique à un moment spécifique du traitement (Andrews et al., 2003 ; Guay et al., 2004). Puisque les rares études prenant en considération les effets du passage du temps indiquent que plus le soutien social est présent immédiatement après l'événement, moins il y a de comportements d'évitement après plusieurs mois (Joseph et al., 1993), il est extrêmement important de sensibiliser les victimes et leurs conjoints à l'égard des réactions et des symptômes à court et à long terme, de soutenir le couple dans sa démarche de récupération et d'amélioration de la communication le plus rapidement possible.

Il est difficile de généraliser nos résultats compte tenu de notre faible taille échantillonnale et du fait que les participantes étaient toutes hétérosexuelles, de sexe féminin et caucasienne. De plus, on note une grande variabilité dans la période de victimisation qui passe de un mois à sept ans, ce qui, par conséquent, ne permet pas de bien cerner l'impact réel du moment de dévoilement sur les différentes variables. Le fait que

certains conjoints étaient présents dans la vie de la victime au moment où l'agression se produisait alors que d'autres le sont après l'événement, n'a certainement pas le même impact sur certaines variables. Ces deux derniers facteurs devraient donc être contrôlés lors du moment du recrutement.

De plus, compte tenu que plusieurs résultats frôlent le seuil de signification, la poursuite de l'étude incluant un plus grand nombre de participantes permettrait possiblement d'obtenir des différences statistiquement significatives et une meilleure validité externe.

RÉFÉRENCES

- AHRENS, C. E., 2002, *Silent and Silenced : The Disclosure and Non-disclosure of Sexual Assault*, a thesis submitted in the graduate college of the University of Illinois, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in psychology, University of Chicago.
- ANDREWS, B., BREWIN, C. R., ROSE, S., 2003, Gender, social support and PTSD in victims of violent crime, *Journal of Traumatic Stress*, 16, 4, 421-427.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York.
- BECKER, J. V., SKINNER, L. J., ABEL, G. G., AXELROD, R., CICHON, J., 1986, Sexual problems of sexual assault survivors, *Women and Health*, 9, 4, 5-20.
- BECKER, J. V., SKINNER, L. J.; ABEL, G. G., TREACY, E. C., 1982, Incidence and type of sexual dysfunctions in rape and incest victims, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 1-73.
- BOURQUE, P., BEAUDETTE, D., 1982, Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- BRILLON, P., 1995, *Questionnaire des caractéristiques de l'agression*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- BROOKINGS, J. B., MC EVOY, A. W., REED, M., 1994, Sexual assault recovery and male significant others, *Families in Society: the Journal of Contemporary Human Services*, 295-299.
- BROWN, E. J., 1996, Self-disclosure, *Social Anxiety and Symptomatology in Rape Victims-Survivors: The Effects of Cognitive and Emotional Processing*, a dissertation submitted to the university at Albany, State

university of New York, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy, College of Art and Sciences, Department of Psychology, New York.

- CAMPBELL, R., AHERN, C. E., SELF, T., WASCO, S. M., BARNES, H. E., 2001, Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical outcomes, *Violence and Victims*, 16, 3, 287-302.
- DAVIDSON, J. R. T., SMITH, R. D., KUDLER, H. S., 1989, Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experience with a structured interview (SI-PTSD), *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341.
- DAVIS, R. C., BRICKMAN, E., 1996, Supportive and unsupportive aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault, *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 2, 250-262.
- DAVIS, R. C., BRICKMAN, E., BAKER, T., 1991, Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: effects on concurrent victim's adjustment, *American Journal of Community Psychology*, 19, 3, 443-451.
- DESCUTNER, C. J., THELEN, M. H., 1991, Development and validation of a fear of intimacy scale, *Psychology Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 2, 218-225.
- DUNKEL-SCHETTER, C., 1984, Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications, *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- FALSETTI, S. A., RESNICK, H. S., RESICK, P.A., KILPATRICK, D. G., 1993, The Modified PTSD Symptoms Scale: a brief self-report measure of PTSD, *Behavior Therapist*, 16, 161-162.
- FELDMAN-SUMMERS, S., GORDON, P. E., MEAGHER, J. R., 1979, The impact of rape on sexual satisfaction, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 1, 101-105.
- FREESTON, M. H., PLÉCHATY, M., 1997, Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990's? *Psychological Reports*, 81, 419-434.
- GOLDING, J. M., WILSNACK, S. C., COOPER, M. L., 2002, Sexual assault history and social support: Six general population studies, *Journal of Traumatic Stress*, 15, 3, 187-197.
- GOODMAN, L. A., KOSS, M. P., RUSSO, N. F., 1993, Violence against women: physical and mental health effects. Part I: research findings, *Applied and Preventive Psychology*, 2, 79-89.

- GUAY, S., BILLETTE, V., ST-JEAN-TRUDEL, E., MARCHAND, A., MAINGUY, N., 2004, Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique, *Revue francophone du stress et du trauma*, 4, 81-88.
- GUAY, S., BILLETTE, V., MARCHAND, A., 2002, Soutien social et trouble de stress post-traumatique : théorie, pistes de recherche et recommandations clinique, *Revue québécoise de psychologie*, 23, 3, 165-184.
- GUAY, S., MARCHAND, A., IUCCI, S., MARTIN, A., 2002, Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique, *Revue québécoise de psychologie*, 23, 257-269.
- HERMAN, J. L., 1992, *Trauma Recovery*, Basic Books, New York.
- HOLMSTROM, L. L., BURGESS, A. W., 1979, A rape: the husband's and boyfriend's initial reaction, *Family Coordinator*, 28, 321-330.
- HUDSON, W. W., HARRISON, D. F., CROSSCUP, P. C., 1981, A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationship, *Journal of Sex Research*, 17, 2, 157-174.
- JOHNSON, R., HOBFOLL, S. E., ZALCBERG-LINETZY, A., 1993, Social support knowledge and behavior and relational intimacy : a dyadic study, *Journal of Family Psychology*, 6, 3, 266-277.
- JOSEPH, S., YULE, W., WILLIAMS, R., ANDREWS, B., 1993, Crisis support in the aftermath of disaster : a longitudinal perspective, *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 177-185.
- KANIASTY, K., NORRIS, H. F., 1992, Social support and victims of crime : Matching event, support and outcome, *American Journal of Community Psychology*, 20, 2, 211-235.
- Khouzam, C., 1995, *Questionnaire sur la nature de l'agression sexuelle*, Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- Khouzam, C., Marchand, A., Billette, V., Ouimet, J., 2000, *Le Questionnaire des Réactions Sociales, traduction et adaptation du Social Reactions Questionnaire*, Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- KHOUZAM, C., MARCHAND, A., BRILLON, B., OUIMET, J., 1999, *Le Questionnaire de la peur de l'intimité*, traduction et adaptation du Fear of Intimacy Scale (FIS) élaboré par Descutner et Thelen, (1991), Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- KHOUZAM, C., OUIMET, J., 2000, *Le questionnaire de la Connaissance d'un soutien adéquat et du Comportement de Soutien Social traduction et*

adaptation du Social Support Knowledge and Social Support Behavior, Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.

- KIMBERLING, R., CALHOUN, K. S., 1994, Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2, 333-340.
- LEBLANC, G., KHOUZAM, C., MARCHAND, A., GUAY, S., 2004, *Validation canadienne-française du Questionnaire sur la Peur de l'Intimité*, Manuscrit soumis pour publication.
- LETOURNEAU, E. J., RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., SAUNDERS, B. E., BEST, C. L., 1996, Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims, *Behavior Therapy*, 27, 321-336.
- LÉVEILLÉ, S., JULIEN, D., QUOIDION, C., BÉGIN, J., 1995, Conflits conjugaux : analyse des échanges entre conjoints et leurs aidants naturels, *Science et Comportement*, 24, 1, 67-83.
- LOCKE, H. J., WALLACE, K. M., 1959, Short marital adjustment and prediction test : their reliability and validity, *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- MCAUSLAN, P., 1998, *After Sexual Assault : The Relationship Between Women's Disclosure, Reactions of Others, and Health*, a dissertation submitted to the graduate school of Wayne State university, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy, Detroit, Michigan.
- MILLER, W. R., WILLIAMS, A. M., BERNSTEIN, M. H., 1982, The effects of rape on marital and sexual adjustment, *The American Journal of Family Therapy*, 10, 51-58.
- MOSS, M., FRANK, E., ANDERSON, B., 1990, The effects of marital status and partner support on rape trauma, *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 379-391.
- NORTON, H. S., 1995, *Intimacy and Relationship Satisfaction in Heterosexual, Gay Male and Lesbian Couples*, a dissertation submitted to the Massachusetts school of professional psychology graduate board, in partial fulfillment of the requirement for the degree doctor of philosophy, Massachusetts.
- PARROT, A., 1991, Medical community response to acquaintance rape : recommendations, in Bechhofer, L., Parrot, A., eds., *Acquaintance Rape : The Hidden Victim*, Wiley, New York, 304-316.
- PRAGER, K. J., 1995, *The Psychology of Intimacy*, Guilford Press, New York.
- RUBENSTEIN, C. M., SHAVER, P., 1982, *In Search of Intimacy*, Delacorte Press, New York.

- SALAMON, A., 1993, *Intimacy, Spouse Perception, and Marital Satisfaction*, a dissertation submitted presented to the graduate school of the University of Florida, in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy, University of Florida.
- SALES, E., BAUM, M., SHORE, B., 1984, Victim readjustment following assault, *Journal of Social Issues*, 40, 17-36.
- SHIMP, L. N., 2000, *A Model of Sexual Assault Acknowledgment : Blame, Social Support, Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth*, a thesis submitted to the college of graduate studies and research, in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, University of Saskatchewan.
- STEPHENSON, R., BRILLON, P., MARCHAND, A., DI BLASIO, L., 1995, *Traduction du Modified PTSD Symptom Scale-Self Report*, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- SYMOND, M., 1980, Special issues, The “second injury” to victims, *Evaluation and Change*, 36-38.
- THELEN, M. H., SHERMAN, M. D., BORST, T. S., 1998, Fear of intimacy and attachment among rape survivors, *Behavior Modification*, 22, 108-116.
- THORNHILL, N., THORNHILL, R., 1990, An evolutionary analysis of psychological pain following rape: 1, the effects of victim’s age and marital status, *Ethology and Sociobiology*, 11, 155-176.
- ULLMAN, S. E., 1996b, Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault, *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- ULLMAN, S. E., 1996c, Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider?, *Violence and Victims*, 11, 143-157.
- ULLMAN, S. E., 2000, Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims, *Psychology of Women Quarterly*, 24, 169-183.
- ULLMAN, S. E., BRECKLIN, L. R., 2003, Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women, *Psychology of Women Quarterly*, 27, 46-57.
- ULLMAN, S. E., FILIPAS, H. H., 2001, Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assaults victims, *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- ULLMAN, S. E., SIEGEL, J. M., 1993, Victim-offender relationship and sexual assault, *Violence and Victims*, 8, 121-134.

VALENTINER, D. P., FOA, E. B., RIGGS, D. S., GERSHUNY, B. S., 1996, Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault, *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455-458.

WRIGHT, J., SABOURIN, S., 1985, *L'intervention auprès du couple : diagnostic et traitement*, Consultation, Saint-Damase, Québec.

ABSTRACT

Impact of moment of disclosure of a sexual assault on certain affective and relational aspects of adult victims

This study examines if the timing of disclosure (early or late) of a sexual assault and if the romantic partner's participation in the study have an impact on relational and affective aspects of the victims at Time 1 (initial interview) and Time 2 (4 months later). The sexual assault occurred to victims (N = 27) between 1 month to 7 years prior to the first assessment interview. Twenty-six percent of victims were diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD). Descriptive analyses indicate a difference between timing of disclosure and romantic partner's participation in the assessment process of the study. All victims indicate that they have received more emotional support at the second assessment in the study, whether they have disclosed the aggression early or lately. Victims have disclosed the assault early reported more depressive symptoms.

RESUMEN

Impacto del momento de la revelación de una agresión sexual, perpetrada por un tercero, en ciertos aspectos afectivos y relacionales de las víctimas adultas.

El objetivo de este estudio consiste en evaluar si, para la víctima de una agresión sexual, el momento (temprano o tardío) de la revelación de una agresión sexual tiene un impacto en ciertos aspectos afectivos y relacionales en dos momentos distintos; es decir, al principio de la evaluación y cuatro meses más tarde. Todas las víctimas (N = 27) se encuentran en una relación de pareja. La agresión sexual ocurrió entre un mes y siete años antes de la primera cita de evaluación clínica y 26% de las víctimas presentan un trastorno de estrés postraumático (TSPT). Todas las participantes dicen haber recibido más apoyo emocional durante el segundo momento de evaluación del estudio. Además, las víctimas cuya revelación se realizó de manera temprana presentan más síntomas depresivos con el tiempo.

RESUMO

Impacto do momento da revelação de uma agressão sexual, realizada por um terceiro, sobre alguns aspectos afetivos e relacionais das vítimas adultas

O objetivo deste estudo é avaliar se, para a vítima de uma agressão sexual, o momento (precoce ou tardio) da revelação de uma agressão tem impacto sobre alguns aspectos afetivos e relacionais, em dois momentos distintos, ou seja, no início da avaliação e quatro meses mais tarde. Todas as vítimas ($N = 27$) estão em relação de casal. A agressão sexual aconteceu entre um mês e sete anos antes do primeiro encontro de avaliação clínica e 26% das vítimas apresentam um transtorno de estresse pós-traumático (TSPT). Todas as participantes dizem ter recebido mais apoio emocional durante o segundo momento de avaliação do estudo. Além disto, as vítimas cuja revelação é feita precocemente, apresentam, com o tempo, mais sintomas depressivos.